FICHE D'INFORMATION - CHIRURGIE MINI-INVASIVE DU GLAUCOME CHRONIQUE (Fiche 5b)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous présentez un glaucome chronique qui menace votre vision. Votre ophtalmologiste vous propose une intervention chirurgicale qui consiste en la pose chirurgicale d'un drain anti-glaucomateux.

Cette fiche contient l'information sur l'opération qui vous est proposée, sur ses résultats et sur ses risques.

Le glaucome chronique

Cette maladie de l'œil détruit progressivement le nerf optique ce qui se traduit par une détérioration insidieuse du champ visuel et expose au stade ultime à une perte de la vision. Les facteurs de risque du glaucome sont nombreux et le plus fréquent est l'élévation de la pression oculaire qui est liée à l'obstruction et au dysfonctionnement du filtre (le trabéculum) permettant l'évacuation du liquide circulant dans l'œil (l'humeur aqueuse).

Pourquoi opérer le glaucome chronique ?

Il existe trois méthodes pour abaisser la pression oculaire : les collyres, le laser et la chirurgie. Votre ophtalmologiste vous propose celle qu'il/elle estime être la plus appropriée pour préserver le plus longtemps possible votre vision. Les chirurgies du glaucome ne peuvent ni supprimer le glaucome, ni améliorer la fonction visuelle, ni réparer les lésions dues au glaucome qui sont irréversibles. Leur objectif est d'abaisser la pression oculaire pour ralentir l'évolution du glaucome.

La chirurgie MIGS du glaucome

Les chirurgies mini-invasives du glaucome, connues sous le terme de MIGS (acronyme du terme anglo-saxon de « Minimally Invasive Glaucoma Surgery ») comprennent différentes techniques, soutenues par différents dispositifs médicaux. Elles consistent à placer un drain ou un stent dans les voies d'écoulement de l'humeur aqueuse pour faciliter son évacuation hors de l'œil et donc abaisser la pression oculaire. Ces implants sont livrés stériles et leur nature est variable (plastique, titane, collagène animal,...). L'intervention chirurgicale se déroule toujours au bloc opératoire, en milieu chirurgical stérile et sous microscope alors que le patient est installé sur le dos. **Hospitalisation** : Une immobilisation minimale de quelques heures est toujours nécessaire. Le mode d'hospitalisation adapté à votre cas vous sera proposé par votre ophtalmologiste. **Anesthésie** : l'œil peut être insensibilisé par des injections autour de l'œil ou par instillation de gouttes ou d'un gel anesthésique. Une anesthésie générale est possible. **L'intervention** : Il existe plusieurs types de drains et de stents différents par leur nature, leur taille et leur fonctionnement. Ces drains dérivent l'humeur aqueuse vers le canal de Schlemm ou vers l'espace supra-choroïdien (chirurgie sans bulle de filtration dans les deux cas) ou au travers de la paroi de l'œil sous la conjonctive (chirurgie avec bulle de filtration). Le choix du type de drain dépend de critères liés à votre glaucome que seul votre ophtalmologiste est capable d'évaluer.

Dans certains types d'intervention, des moyens mécaniques ou chimiques peuvent être associés pour faciliter la filtration. Si vous présentez en même temps une cataracte, les deux opérations peuvent être combinées dans le même temps opératoire. **Incidents ou difficultés per-opératoires** : ils sont rares et imprévisibles, de gravité variable et certains peuvent conduire à renoncer à la poursuite de l'intervention: lésions de l'iris ou du cristallin, hypotonie, saignement important, difficultés d'implantation, qui peuvent dans des cas exceptionnels aboutir à la perte de la vision, voire de l'œil.

Evolution post-opératoire habituelle

Le succès de la chirurgie mini-invasive dépend des capacités de cicatrisation des tissus et/ou de la perméabilité des voies d'évacuation de l'humeur aqueuse qui varient d'une personne à l'autre. Il n'est donc pas possible à votre ophtalmologiste de garantir formellement le succès de l'intervention. Les techniques de chirurgies mini-invasives sont relativement récentes, ce qui explique l'absence de données cliniques long terme. Le but de la chirurgie est la baisse de pression oculaire qui permet le ralentissement de la progression du glaucome. L'allègement, voire l'interruption, du traitement par les collyres est possible, mais pas systématique. Certains drains donnent lieu à la formation d'une bulle de filtration. Après l'intervention, il se forme une "voussure" le plus souvent située sous la paupière supérieure, appelée "bulle de filtration » qui correspond à la zone d'évacuation de l'humeur aqueuse. Des visites de contrôle sont nécessaires et fréquentes dans les suites de l'intervention pour surveiller sa cicatrisation qui peut être défaillante et nécessiter des soins spécifiques réalisés soit en consultation soit au bloc opératoire (repositionnement de l'implant, révision de la bulle de filtration à l'aiguille). Les soins locaux habituels sont réduits à l'instillation de gouttes et /ou pommade durant plusieurs semaines, ainsi qu'au port d'une protection oculaire. L'activité professionnelle, l'utilisation de machines ou instruments dangereux, la conduite automobile et les activités sportives sont déconseillées pendant une période limitée qui sera définie au cas par cas par votre chirurgien. Une gêne visuelle est possible après l'intervention, souvent modérée, plus ou moins durable, liée à l'intervention elle-même, aux collyres : vision trouble, éblouissement, larmoiement et secrétions au réveil modérés, sensation de sable, œil discrètement sensible au toucher ou lors des mouvements oculaires, discret œdème de la paupière supérieure. Après les chirurgies mini-invasives, il est parfois nécessaire de poursuivre l'utilisation de collyres anti-glaucomateux, voire de réintervenir chirurgicalement. Après l'opération du glaucome, une surveillance reste indispensable à vie, au rythme qui sera déterminé par votre ophtalmologiste. En effet le glaucome est une maladie dont l'évolution peut se poursuivre même en cas de normalisation de la pression oculaire notamment si d'autres facteurs (circulatoires en particulier) interviennent.

Les complications de la chirurgie micro-invasive du glaucome

Les complications sévères de cette chirurgie sont exceptionnelles et il n'est pas possible de les chiffrer. Certaines peuvent nécessiter une réintervention et aboutir, dans les cas les plus extrêmes, à la perte de la vision ou de l'œil. Il s'agit :

. d'une baisse de la vision parfois irréversible (exceptionnelle),

. d'infections qui peuvent parfois survenir plusieurs mois ou années après la chirurgie,

. d'une hyperpression importante, qui peut parfois nécessiter une intervention en urgence,

. d’une baisse prolongée et importante de la pression oculaire, avec œdème de la macula, parfois plusieurs mois ou années après la chirurgie,

. d’un mauvais positionnement de l'implant, pouvant nécessiter une reprise chirurgicale,

D’autres complications sont moins sévères et plus fréquentes :

. hémorragie au niveau des tuniques externes de l'œil, régressive en quelques jours, favorisant une inflammation de l’œil,

. érosion ou ulcère de la cornée du fait de la bulle de filtration,

. remontée de la pression oculaire nécessitant, soit l’injection de substances anti-cicatrisantes (qui peuvent se compliquer d'érosion ou ulcère de cornée, de flou visuel, d'inflammation oculaire), soit la reprise d’un traitement anti-glaucomateux, soit une nouvelle intervention chirurgicale,

. apparition ou aggravation d'une cataracte.

Votre ophtalmologiste est disposé à répondre à toute question complémentaire que vous souhaiteriez lui poser.

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu'il a fourni l'information au patient. Aussi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre médecin.

Je soussigné…… reconnais que la nature de l'intervention, ainsi que ses risques, m'ont été expliqués en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées. J’ai reçu une information sur tous les coûts de l’opération J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant et :

□ donne mon accord

□ ne donne pas mon accord pour la réalisation de l'acte qui m'est proposé ainsi que pour l’enregistrement anonyme des images opératoires.

Date et Signature : …….

Ces fiches nationales ont été créées sous l'égide de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO) avec l’aide de la Société Française du Glaucome (SFG).